



Número: **0851998-30.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILMA AMORIM DE SOUZA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34314 468	15/09/2020 11:15	2750679_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383482

Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILMA AMORIM DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

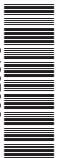
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14464934

Pag. 01145/01146 - carta_01 - INVALIDEZ

00020573





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190383482

Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

Data do Acidente: 08/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILMA AMORIM DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **WILMA AMORIM DE SOUZA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000003348**

Conta: **0000002853-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

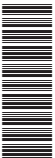
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01451/01452 - carta_15R - INVALIDEZ

00020726





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	081 566 56440	Wilma Amarim de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Wilma Amarim de Souza	081 566 56440	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recuso	36	
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua Santa Teresinha	Santa Rita	PB
Cidade:	CEP:	Tel (DDD):
Santa Rita	58302-200	(81) 986634900
E-mail:		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3348	CONTA: 02853 6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Nome:	
CPF:	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 06285.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06285.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:23 horas do dia 06 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Wilma Amorim de Souza**, CPF nº 081.566.564-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Frentista, filho(a) de Maria do Livramento Amorim e Jose Hilton de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/04/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Virgínio da Gama e Melo, Nº 200, bairro Tibiri Ti, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98760-8823.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Paralela a Br 230, Posto de Combustíveis, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/12/18 01:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º; LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/12/2018, POR VOLTA DAS 01:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2014, PLACA QFA-8498/PB, CHASSI 9C2KC1680ER588500, REGISTRADA EM NOME DE WIDEILSA AMORIM DE SOUZA, NA RUA PARALELA A RODOVIA BR 230, ALTURA DO BAIRRO DE VARZEA NOVA, SANTA RITA/PB, QUANDO FOI ULTRAPASSAR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO E NO MEIO DA MANOBRA O MESMO MUDOU DE DIREÇÃO REPENTINAMENTE VINDO PARA FRENTE DESTA NOTIFICANTE E PROVOCANDO UMA COLISÃO; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARES ATÉ A UPA DE TIBIRI E EM SEGUIDA ENCAMINHADA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE DIAFISARIA DA ULNA ESQUERDA, CONFORME CERTIDÃO 0729/2019 ASSINADA PELA MEDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 06 de junho de 2019.

José Rodrigues da Silva Junior
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigação

Wilma Amorim de Souza
WILMA AMORIM DE SOUZA

Noticiante

17 JUN. 2019

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

Procedimento Policial: 06285.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	081 566 56440	Wilma Amarim de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Wilma Amarim de Souza	081 566 56440	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recuso	36	
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua Santa Teresinha	Santa Rita	PB
Cidade:	CEP:	Tel. (DDD)
Santa Rita	58302-200	(81) 986634900
E-mail:		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
		<input type="checkbox"/> R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3348	CONTA: 02853 6
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	João Pessoa - PB 17/06/19
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
2ª Nome:	
CPF:	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 188491 Atd: Nao Regul
Data: 08/12/2018
Hora: 04:06:39
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: WILMA AMORIM DE SOUZA

Num. Prontuario: 2018.12.000897

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3311011 Fone: 987000812

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: RUA/ VIRGINIO GAMA E MELO, 200

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA DO LIVRAMENTO AMORIM

Pai: JOSE HILTON DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FRENTISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: WILMA AMORIM DE SOUZA

Tel/Doc. Responsavel: 987000812 / IDENTIDADE: 3311011

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violencia por: 01:50, EM VARZEA NOVA - SANTA RITA

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

FA:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC:

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso:

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia:

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd:

O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Q. a Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Jr. Fidias G. F. Bortolero
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	01/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILMA AMORIM DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000002853-6

Nr. da Autenticação 45518C305686F274





Ligação MONOFÁSICO
CH565 RES MTQB1/RESIDENCIAL-RESIDENCIAL
Roteiro 15-B-944-1540 Referência Mo / 2019
Medidor 00608013727 Emissão 24/05/2019

ENERGIA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, km 25 - Doca Reventador - Jandaíra - PB - CEP 58071-800
CNPJ 08.095.193/0001-40 - Tel. Fx 35 315.000-0

Nota Fiscal: Carta de Energia Elétrica Nº025-437-408
Cid. para Deb. Automático: 00001088 12

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAR
Mai / 2019	24/05/2019	25/06/2019	010.195.344-60 ins. Ent

UC (Unidade Consumidora): 5/155861-8

Canal de contato

Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Litura	Data	Litura			
30/04/19	10077	30/06/19	11118	1	141	20

Demonstrative

CO	Descrição	Quantidade	Valor Base	Valor Base com Impostos	Valor Base com Impostos e Retenções	Valor Base com Impostos e Retenções e Descontos
0001	Consumo de Água	141,000	0,048,950	119,94	119,94	27,32
0001	Adic. B. Antares			1,87	1,87	21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO IMPOSTO PUBLICA		0,42	0,00	0	0,00
0004	JUROS DE VOTA 09/2018		1,10	0,00	0	0,00
0005	MULTA 20/2019		2,90	0,00	0	0,00
0006	PARC. JUNTAMENTO DE DEBITO 25/12		25,22	0,00	0	0,00

CGI - Carga de Classe/Anexo do Item	TOTAL	190,00	107,00	82,00	107,00	1,00	549
Taxa de Trânsito	0,001720						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	31/05/2019	R\$ 160.22

Histórico de Consumo (kWh)

36	30	30	0	0	0	0	30	0	107	145	104
May 10	July 10	July 10	Aug 10	Sept 10	Oct 10	Nov 10	Dec 10	Jan 11	Feb 11	Mar 11	Apr 11

RESERVAÇÃO AO FISCO

b310.1ea4.d558.7978.36ef.9a67.ce95.c5d7

Indicadores de Qualidade 3-2012-Santa Rita

	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
TC MENOR	5,00	0,00	NORMAL
TC TRIMESTRAL	0,50		
TC ANUAL	21,72		
TC MENOR	3,50	0,00	CONTRATUA
TC TRIMESTRAL	0,72		PARTE INFERIOR
TC ANUAL	20,43		UNITE SUPERIOR
TC MENOR	2,00	0,00	
TC TRIMESTRAL	0,50		
TC ANUAL	19,03		

Competition in the Community

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PS	78,51	17,60
Contas de Energia	42,37	28,28
Unidade Transmissora	4,43	2,76
Energia Solar	8,75	4,31
Impostos Diretos e Evangeliz	52,77	32,94
Outros Serviços	25,88	16,05
Total	350,30	100,00

Value added by the firm: \$100 million

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Apr/19 149.61

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 01954 136170 1 79080000016022

FADADNE RICARDO FERREIRA SANTOS - CPF/CNPJ: 010.188.344-80
RUA SANTA TEREZINHA, 38 - TIETI - SANTA RITA / PB CEP: 58322700

Rosso Nº:	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2024/01/20001056136	300155851201906	31/05/2019	R\$ 160,32	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 02.096.183/0001-40
R. 232, Km 26 - Chão Reventor - João Pessoa/PB - CEP 50071-890

Appendice 7 Cod. cc.co beneficiario: 3/354-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>

Número do documento: 20091511151148800000032816556

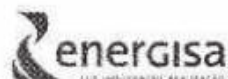
Num. 34314468 - Pág. 8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica. Nº 025.235.534



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Centro Rodentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.096.192 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

20/05/2019

CONSUMO

212

VENCIMENTO

27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

Acesse: www.energisa.com.br



COMPANHIA ADIT

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/05/2019

VENCIMENTO

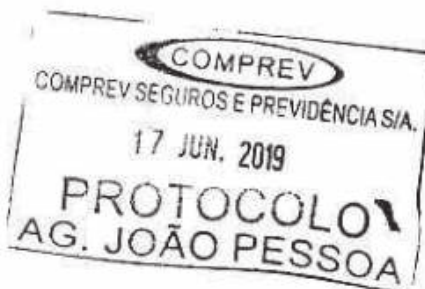
27/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 191,04

MATRÍCULA

1698358-2019-004



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091511151148800000032816556>

Número do documento: 20091511151148800000032816556

Num. 34314468 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/SIBLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTRÓLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Wilma Amorim de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.566.564/40

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Wilma Amorim de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.566.564/40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

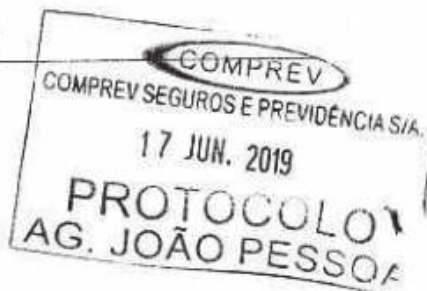
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José B. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangapé</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 17/06/19

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/09/2020 11:15:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009151115114880000032816556>

Número do documento: 2009151115114880000032816556

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Widelma Amorim de Sousa,
RG nº 2424121, data de expedição 06/03/2016
Órgão PB, portador do CPF nº 035.482.294-25, com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Santa Lourença, nº 36,
complemento Loba, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Widelma Amorim de Sousa, cujo o condutor era
Widelma Amorim de Sousa.
Veículo: moto
Modelo: HONDA FAN
Ano: 2014
Placa: QFA 8498/PB
Chassi: 9C2KC1680 ER 588500
Data do Acidente: 08-12-18
Local e Data: João Pessoa, 06-06-19

2º OFÍCIO
DISTRITAL

Widelma Amorim de Sousa
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

**CARTÓRIO CELEIDA**
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
RUA JUSCELINO KUBITZKE, 154 - PRÉDIO SEBIL - CEP 54054-00 - JOÃO PESSOA - PARAIBA - TEL/FAX: (81) 3224-7073
Reconheço ato gratuito por autenticidade a firma de
WEDELMA AMORIM DE SOUSA, [123079], J. Pessoa-PB,
06/06/2019 11:00:11 Emol R\$0,00 Farpens R\$0,00 Fepis R\$0,00
ISS R\$0,00. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO
PEREIRA SILVA. Selo Digital AIR27674-XJ7T Consulte em
<http://www.celeida.com.br>



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO


Nº. 0729/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 188491 e Prontuário nº 2018.12.0897 pertencentes a paciente **WILMA AMORIM DE SOUZA** requerente que foi atendida dia 08/12/2018 às 04h06min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisária da ulna (antebraço) esquerda. Realizado procedimento cirúrgico no dia 14/12/2018 com alta médica no dia 15/12/2018.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de maio de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 188491 Atd: Nao Regul
Data: 08/12/2018
Hora: 04:06:39
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: WILMA AMORIM DE SOUZA

Num. Prontuario: 2018.12.000897

CNS: SEM CNS Sexo: F IDENTIDADE: 3311011 Fone: 987000812

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: RUA/ VIRGINIO GAMA E MELO, 200

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA DO LIVRAMENTO AMORIM

Pai: JOSE HILTON DE SOUZA

Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FRENTISTA SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: WILMA AMORIM DE SOUZA

Tel/Doc. Responsavel: 987000812 / IDENTIDADE: 3311011

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE SANTA RITA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO +CARRO HJ AS

Vitima de violencia por: 01:50, EM VARZEA NOVA - SANTA RITA

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

FA:

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC:

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso:

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia:

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd:

O2%:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Q. a Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Jr. Fidias G. F. Bortolero
CRM-PB: 5395
CRM-PE: 14654
SBOT: 9876



2

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO []

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>WILMA AMORIM DE SOUSA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>14/12/11</u>	Cirurgião: <u>DR ALEXANDRE ALVES</u>			1º Assistente: <u>DR YURY</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FX ULNA</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O MESMO</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>REDUÇÃO ABERTA FIXAÇÃO INTERNA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:



PACIENTE COM DUA SIDA INESTABILIZADA

ASSEPSIA + ANTISSEPESIA

APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

Incisão:

LONGITUDINAL POSIÇÃO MEDIAL EM ANTERIOR
POR PLANOS ATÉ FOCO DE FRATURA

Achados:

PX DIATISADA DE ULNA.

Conduta:

DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITELIZADOS
REALIZADO MANOBRAS DE REDUÇÃO SOB AX - ESCÓPIA
APOSEIÇÃO DE PLACA E PARAFUSO SOB AX - ESCÓPIA
LIMPEZA COM SF 0,9%
SUTURA DE PELE.
CURATIVO
RX CONTROLE.

Fechamento:

OBS:

SE PACIENTE SEM QUEIXAS, ALTA P/ AMARELA.

Data: 14/12/18

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-11807

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: _____

Nome: _____

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ **Bairro:** _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** _____

QPD: _____

HDA: _____

Dr. Filipe G. F. Borborema
CRM-PB 5395
CRM-PE 14654
SBOT 9876

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prur. _____
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epist. _____
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia **Audição:** _____ **Visão:** _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ H. _____
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ **Outros:** _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêm. _____
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aume. _____

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ He. _____
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ _____
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ _____

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
WILMA AMORIM DE SOUZA

DOC BRASILEIRO / OUTRO PAÍS DE
3311011 ESP PB

CPF
081.566.564-40 DATA NASCIMENTO
22/04/1987

RUÇA
JOSE HILTON DE SOUZA
MARIA DO LIVRAMENTO
AMORIM

PLANO
ACC CAIAR
7A

VALOR
11/02/2016

1497748093

PARAIBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JUN. 2019
PROTOCOLON
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383482 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190383482 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA **Data do acidente:** 08/12/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Wilma Amorim de Souza, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Freemista, residente e domiciliado à Rua Santa Teresinha, nº 38, bairro Teburu, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep: 58.300-200, portador(a) do Rg nº 3312033, SSP/PB e CPF nº 081.566.564-40.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Siscal J. Costa Lima, nº 157, bairro Hamagbura, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 3054562 SSP/PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Wilma Amorim de Souza, ocorrido em 06/06/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validade.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 06 de Junho de 2018.



Wilma Amorim de Souza
Outorgante
CPF Nº 081.566.564-40

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0204676/19

Vítima: WILMA AMORIM DE SOUZA

CPF: 081.566.564-40

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 08/12/2018

Titular do CPF: WILMA AMORIM DE SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

WILMA AMORIM DE SOUZA : 081.566.564-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/06/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

